

【送付先】  
〒163-1305  
東京都新宿区西新宿6-5-1  
新宿アイランドタワー5階  
私書箱1600号  
東京不動産業健康保険組合あて

# 健康保険 限度額適用認定証 再交付 申請書

( 健 保 組 合 に ご 提 出 く だ さ い )

有効期限内の限度額適用認定証を紛失し再交付を希望する場合に、ご提出ください。

有効期限後も引き続き必要な場合は、限度額適用認定申請書にて再度ご申請ください。この用紙では申請できません。

健康保険証の	記号	番号	注) 限度額適用認定証の有効期限は、滅失前と同じになります。																		
被保険者	氏名						個人番号 (マイナンバー)	(※記号番号記入の場合は、不要です)													
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )														
	住所	〒 都・道・府・県																			
	電話番号 (日中連絡のとれる番号をご記入ください)					携帯・自宅・勤務先・その他( )					TEL ( )										
再交付対象者	氏名						生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日										
滅失したときの状況 (詳しく記入してください)																					
限度額適用認定証を滅失しましたが、今後は取り扱いに十分注意いたします。滅失した認定証を発見した時は直ちに返却いたします。																					
被保険者署名																					

上記被保険者住所に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

認定証送付先	住所	〒 都・道・府・県									
	宛名										

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

※ お急ぎの方は、返信用封筒を添付してください。

※ 窓口での交付は行っておりません。

以下は記入しないでください。

処 理 結 果	
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月末
標準報酬月額	年 月
適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ
	現役並みⅠ ・ 現役並みⅡ

常務理事	事務長	部 長
課 長	係 長	係 員

受付日付印